

メンタルヘルスの現況と課題：自殺予防に関する諸課題を中心に

著者	松浦 智和
抄録	<p>【要約】</p> <p>世界的にメンタルヘルスの促進の重要性が議論される時勢であるが、本稿ではわが国のメンタルヘルスの主要課題の1つである自殺とその周辺課題について、先行研究や政府公刊の白書等、意識調査の結果を中心に考察を試みるとともに、自殺対策についての提言を述べた。</p> <p>わが国では1998年に自殺者が急増して以降自殺者が3万人を超える状態が続いた。2010年以降は9年連続の減少となっており、2018年は20,840人で前年に比べ481人(2.3%)減少したものの以前深刻な状況にある。特に、自殺総合対策大綱では、重点施策のひとつとして、「子ども・若者の自殺対策の更なる推進」が掲げられているが、先行研究を概観すれば、若年層は自殺念慮が最も高い世代であり、社会に絶望を感じながら、自己有用感が低いまま、これまでの人生で遭遇したいじめなどのつらい経験を抱えながら、レッテル貼りを警戒して専門職に相談することをあえてせず、家族や友人などの身近な“知った...</p>
雑誌名	名寄市立大学社会福祉学科研究紀要
号	10
ページ	11-27
発行年	2020-03-31
出版者	名寄市立大学保健福祉学部社会福祉学科
ISSN	2186-9669
書誌レコードID	AA12592911
論文ID (NAID)	40022195578
URL	http://id.nii.ac.jp/1088/00001828/

論文

メンタルヘルスの現況と課題
～自殺予防に関する諸課題を中心に～

松浦 智和

名寄市立大学保健福祉学部社会福祉学科 専任講師

【要約】 世界的にメンタルヘルスの促進の重要性が議論される時勢であるが、本稿ではわが国のメンタルヘルスの主要課題の 1 つである自殺とその周辺課題について、先行研究や政府公刊の白書等、意識調査の結果を中心に考察を試みるとともに、自殺対策についての提言を述べた。

わが国では 1998 年に自殺者が急増して以降自殺者数が 3 万人を超える状態が続いた。2010 年以降は 9 年連続の減少となっており、2018 年は 20,840 人で前年に比べ 481 人(2.3%)減少したものの依然深刻な状況にある。殊に、自殺総合対策大綱では、重点施策のひとつとして、「子ども・若者の自殺対策の更なる推進」が掲げられているが、先行研究を概観すれば、若年層は自殺念慮が最も高い世代であり、社会に絶望を感じながら、自己有用感が低いまま、これまでの人生で遭遇したいじめなどのつらい経験を抱えながら、レッテル貼りを警戒して専門職に相談することをあえてせず、家族や友人などの身近な“知った仲”によるサポートでギリギリ暮らしている実情が示唆された。

キーワード：メンタルヘルス、自殺、自殺予防、大学、若年層

I 緒言

メンタルヘルスとは人々の健康のうち主として精神面の健康を対象とし、精神障害を予防・治療し、また精神的健康を保持・向上させるための諸活動を指す。メンタルヘルスの実現には、個人の力だけでは不十分であり、社会全体の組織的な努力が必要であり、これが公衆衛生としてのメンタルヘルスであり、今日の大きな課題となっていることはいうまでもない¹⁾。

2015 年に採択された国連の持続可能な開発目標(Sustainable Development Goals : SDGs)は、ミレニアム開発目標(MDGs)の後継として国連で定められた 2016 年から 2030 年までの国際目標であって、MDGs の残された課題(例：保健、教育)や新たに顕在化した課題(例：環境、格差拡大)に対応すべく、17 のゴール・169 のターゲットからなる持続可能な開発目標(SDGs)を設定した。ゴール 3 は保健・福祉であり、あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進することを目指すこととしている。その中のターゲット 3.4 はメンタルヘルスの記載であり、2030 年までに非感染性疾患による若年死亡率を予防や治療を通じて 3 分の 1 減少させ、メンタルヘルスおよび福祉を促進することを掲げている。さらに、ターゲット 3.5 は薬物乱用やアルコールについての記載であり、その有害な摂取を含む、物質乱用の防止・治療を強化することとしている¹⁾。

SDGs に先立って、世界保健機関(WHO)は 2013 年に「メンタルヘルスアクションプラン 2013-2020」を WHO 総会において採択している。その原則は“**No Health Without Mental Health**(メンタルヘルスなしに健康なし)”であった。ここで WHO は、メンタルヘルスを「個人が、自己の能力を実感し、生活上の通常のストレスに対処でき、生産的に働き、その所属するコミュニティに貢献できる状態をいう」と定義している。かつて WHO は、「文化の違いからメンタルヘルスを総合的に定義することはほとんど不可能である。しかしながら、メンタルヘルスは、精神疾患の欠如よりはもっと広い意味であると一般的に承認されている」(World Health Report 2001)と明確な定義を避けていた時代があったことを考慮すると、この間に、メンタルヘルスの問題が国際的に健康に欠くことのできない社会発展の重要な要素ととらえる方向に進んだとみてよい¹⁾。

翻って、わが国では、2007 年に施行された改正医療法により、医療計画制度の下でいわゆる 4 疾病 5 事業ごとに医療連携体制を構築することとなり、翌年より新しい医療計画がスタートした。その後、2013 年度からは、精神疾患と在宅医療を加えた「5 疾病 5 事業および在宅医療」の医療連携体制の構築が進められることとなった。5 疾病とは「がん」「脳卒中」「急性心筋梗塞」「糖尿病」「精神疾患」を指している。そして 5 事業とは、「救急医療」「災害時における医療」「へき地医療」「周産期医療」「小児救急医療を含む小児医療」を指している。殊に、精神疾患・精神科医療についても多様化・複雑化するニーズへの対応が求められており、先述したメンタルヘルスの諸課題に加え、精神障害を持つ人々が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神保健医療・一般医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステ

ムの構築を目指す必要があるとされる²⁾。

以上の時勢に鑑み、本稿では殊に、わが国のメンタルヘルスの主要課題の 1 つである自殺とその周辺の課題について先行研究をはじめ、政府公刊の白書等、意識調査の結果を中心に考察を試みるとともに、自殺対策について筆者の提言を述べていくこととする。

II 概況

1. 自殺者の概況

2006 年に施行、2016 年に改正施行された自殺対策基本法は、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現をめざして、自殺対策に関し基本理念を定め、国、地方公共団体、事業主、国民のそれぞれの責務を明らかにするとともに、自殺対策の基本となる事項を定めること等により、自殺対策を総合的に推進して、自殺防止と自殺者の親族等の支援の充実を図り、国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与することを目的としている³⁾。

史的に顧みれば、わが国では 1998 年に自殺者が急増して以降、14 年連続で自殺者数が 3 万人を超える状態が続いた。この状況に対して国は 2006 年に自殺対策基本法を制定し、その基本理念において自殺を個人的な問題としてとらえられるべきものではなく、その背景に社会的要因があることを踏まえ「追い込まれた末の死」として認識することを明記した経緯がある。殊に、1998 年以降の自殺者急増の背景には、当時の社会経済的変動が働き盛りの男性に強く影響し、中高年男性の自殺死亡率が増加したことが指摘された。わが国の自殺者数は、1983 年及び 1986 年に 25,000 人を超えたものの、1991 年に 21,084 人まで減少し、その後 2 万人台前半で推移していた。しかし、1998 年に前年の 24,391 人から 8,472 人(34.7%)増加の 32,863 人となり、2003 年には統計を取り始めた 1978 年以降で最多の 34,427 人となった。その後、32,000 人から 33,000 人台で推移した後、2010 年以降は 9 年連続の減少となっており、2018 年は 20,840 人で前年に比べ 481 人(2.3%)減少し、1981 年以来 37 年ぶりに 21,000 人を下回った。とはいえ、自殺死亡率は国際的に高く、依然深刻な状況である³⁾。

人口 10 万人当たりの自殺者数(自殺死亡率)の推移については、自殺統計においては 1983 年の 21.1 をピークとした後、1991 年には 17.0 まで低下した。その後、1997 年の 19.3 から 1998 年に 26.0 と急上昇し、以後 2003 年の 27.0 をピークとして、高い水準が続いていたが、近年は低下を続けており、2018 年には統計を取り始めた 1978 年以降で最小の 16.5 となった。

2018 年中の自殺統計について詳細をみると、先述の通り総数は 20,840 人で、前年に比べ 481 人(2.3%)減少した。性別では、男性が 14,290 人で全体の 68.6%を占めている。年齢別の状況についてみると、「50 歳代」が 3,575 人で全体の 17.2%を占め、次いで、「40 歳代」(3,498 人、16.8%)、「60 歳代」(3,079 人、14.8%)、「70 歳代」(2,998 人、14.4%)の順となっている。前年と比べて、10 歳代、70 歳代及び 80 歳以上で増加し、それ以外の年齢

階級では減少している。職業別の状況についてみると、「無職者」が 11,776 人で全体の 56.5% を占めて最も多く、次いで「被雇用者・勤め人」(6,447 人、30.9%)、「自営業・家族従業者」(1,483 人、7.1%)、「学生・生徒等」(812 人、3.9%)の順となっており、この順位は前年と同じである。前年と比べて、「無職者」及び「学生・生徒等」で自殺者数が減少している。とはいえ、学生・生徒等に関しては、小学生：7 人、中学生：124 人、高校生 238 人、大学生 336 人、専修学校生等 107 人となっており、筆者のような大学に職を得ている者にとっては殊に看過できない状況である⁴⁾。

原因・動機別の状況についてみると、原因・動機特定者は 15,551 人(74.6%)であり、そのうち原因・動機が「健康問題」にあるものが 10,423 人で最も多く、次いで「経済・生活問題」(3,432 人)、「家庭問題」(3,147 人)、「勤務問題」(2,018 人)の順となっており、この順位は前年と同じである。また、前年と比べて、「家庭問題」、「健康問題」、「経済・生活問題」及び「男女問題」で自殺者数が減少している⁴⁾。

2. 自殺と精神疾患

日本精神神経学会精神保健に関する委員会が発行した『日常臨床における自殺予防の手引き(平成 25 年 3 月版)』では自殺と精神疾患の関連を示している⁵⁾。同書では、自殺の危険因子のうち、最も重要なものに精神疾患があるとしており、その治療・支援の方向性を示している。同書によると、心理学的剖検等を用いて自殺既遂者の精神疾患について調べ 31 の研究(合計 15,629 事例)をまとめ、98.0%に精神疾患があったこと、その内訳は、気分障害 30.2%、物質関連障害 17.6%、統合失調症 14.1%、パーソナリティ障害 13.0%等であったことを報告し、自殺防止には、うつ病だけでなく、アルコール使用障害、統合失調症にも注意を向けるべきであると述べている^{5,6)}。また、自殺の背景にある心理社会的要因または環境要因への介入の重要性を指摘している。そして、主な精神疾患と自殺のリスクを表 1 のようにまとめている⁵⁾。

表 1 主な精神疾患と自殺のリスク

気分障害	●自殺はうつ病エピソードで起こるが、双極性障害では混合エピソードにも注意する必要がある。
うつ病患者における自殺の危険性の増大と関連する特異的な臨床的特徴	●持続的な不眠 ●自己への無関心 ●症状が重度(特に精神病症状を伴うつ病) ●記憶の障害 ●焦燥 ●パニック発作
うつ病患者の自殺の危険を増大させる要因	●25 歳以下の男性 ●発症が早期であること ●アルコール等の乱用 ●双極性障害のうつ病相 ●混合(躁状態・抑うつ状態)状態 ●精神病症状を伴う躁病
アルコール依存症	●アルコール依存症は自殺のリスクを上昇させる
アルコール依存症の自殺と関連する特異的な要因	●早期発症のアルコール依存症 ●長期間の飲酒歴

	<ul style="list-style-type: none"> ●重度の依存 ●抑うつ気分 ●身体的な健康状態が悪いこと ●仕事の遂行能力が低いこと ●アルコール依存症の家族歴 ●最近の重要な人間関係の破綻または喪失
統合失調症	<ul style="list-style-type: none"> ●統合失調症では精神病症状の存在、自己の行動についてコメントする幻聴の存在、抑うつ気分の出現、ライフイベントなどが自殺を引き起こすことがある ●回復過程、再燃、精神病後抑うつで、抑うつ気分が出現する場合 ●自殺企図歴を有する患者
統合失調症患者の自殺に特異的な危険因子	<ul style="list-style-type: none"> ●雇用されていない若年男性 ●反復する再燃 ●悪化への恐れ(特に知的能力の高い者) ●猜疑や妄想などの陽性症状 ●抑うつ症状
統合失調症患者の自殺が出現しやすい時期	<ul style="list-style-type: none"> ●病気の初期段階 ●再発の初期 ●回復の初期
パーソナリティ障害	<ul style="list-style-type: none"> ●パーソナリティ障害は一般人口母集団に比べて自殺のリスクが約 7 倍といわれている。境界型パーソナリティ障害では、衝動性が自殺のリスクを高める
パーソナリティ障害での自殺リスクを高める因子	<ul style="list-style-type: none"> ●失業 ●経済的困窮 ●家族不和 ●葛藤 ●喪失体験

文献 5)より引用

3. 自殺対策総合大綱

厚生労働省は 2017 年に新たな自殺総合対策大綱を公表した⁷⁾。基本理念に「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す」ことを掲げ、自殺対策は、社会における「生きることの阻害要因」を減らし、「生きることの促進要因」を増やすことを通じて、社会全体の自殺リスクを低下させることと位置付けている。さらに、阻害要因として過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立等、促進要因として自己肯定感、信頼できる人間関係、危機回避能力等をあげ、具体的・包括的・有機的な支援の必要性を示している。基本方針と当面重点施策は以下の表 2・3 の通りである⁷⁾。

同大綱では、基本理念の背景としての自殺の認識について、「自殺は、人が自ら命を絶つ瞬間的な行為としてだけでなく、人が命を絶たざるを得ない状況に追い込まれるプロセスとして捉える必要がある。自殺に至る心理としては、様々な悩みが原因で心理的に追い詰められ、自殺以外の選択肢が考えられない状態に陥ったり、社会とのつながりの減少や生きていても役に立たないという役割喪失感から、また、与えられた役割の大きさに対する過剰な負担感から、危機的な状態にまで追い込まれてしまう過程と見ることができるからである。自殺行動に至った人の直前の心の健康状態を見ると、大多数は、様々な悩みにより心理的に追い詰められた結果、抑うつ状態にあったり、うつ病、アルコール依存症等の精神疾患を発症していたりと、これらの影響により正常な判断を行うことができない状態となっていることが明らかになっている。このように、個人の自由な意思や選択の結果ではなく、『自殺は、その多くが追い込まれた末の死』ということが出来る」としている⁷⁾。

表 2 自殺総合対策の基本方針

<ul style="list-style-type: none"> ① 生きることの包括的な支援として推進する ② 関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組む ③ 対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に連動させる ④ 実践と啓発を両輪として推進する ⑤ 地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する
--

文献 7)より引用

表 3 自殺総合対策大綱 当面の重点施策(太字・下線部は 2017 年に新たに加えられたもの)

<ul style="list-style-type: none"> ① 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する <ul style="list-style-type: none"> ・<u>地域自殺実態プロフィール、地域自殺対策の政策パッケージの作成</u> ・<u>地域自殺対策計画の策定ガイドラインの作成</u> ・<u>地域自殺対策推進センターへの支援</u> ・<u>自殺対策の専任職員の配置・専任部署の設置 の促進</u>
<ul style="list-style-type: none"> ② 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す <ul style="list-style-type: none"> ・自殺予防週間と自殺対策強化月間の実施 ・<u>児童生徒の自殺対策に資する教育の実施 (SOS の出し方に関する教育の推進)</u> ・自殺や自殺関連事象等に関する正しい知識の普及 ・うつ病等についての普及啓発の推進
<ul style="list-style-type: none"> ③ 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する <ul style="list-style-type: none"> ・自殺の実態や自殺対策の実施状況等に関する調査研究・検証・成果活用(<u>革新的自殺研究推進プログラム</u>) ・<u>先進的な取組に関する情報の収集、整理、提供</u> ・<u>子ども・若者の自殺調査</u> ・<u>死因究明制度との連動</u> ・<u>オンサイト施設の形成等により自殺対策の関連情報を安全に集積・整理・分析</u>
<ul style="list-style-type: none"> ④ 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る <ul style="list-style-type: none"> ・<u>医療等に関する専門家などを養成する大学や専修学校等と連携した自殺対策教育の推進</u> ・自殺対策の連携調整を担う人材の養成 ・かかりつけ医の資質向上 ・教職員に対する普及啓発 ・地域保健・産業保健スタッフの資質向上 ・ゲートキーパーの養成 ・<u>家族や知人等を含めた支援者への支援</u>
<ul style="list-style-type: none"> ⑤ 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する <ul style="list-style-type: none"> ・職場におけるメンタルヘルス対策の推進 ・地域における心の健康づくり推進体制の整備 ・学校における心の健康づくり推進体制の整備 ・大規模災害における被災者の心のケア、生活再建等の推進
<ul style="list-style-type: none"> ⑥ 適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする <ul style="list-style-type: none"> ・<u>精神科医療、保健、福祉等の連動性の向上、専門職の配置</u> ・<u>精神保健医療福祉サービスを担う人材の養成等</u> ・うつ病、統合失調症、アルコール依存症、ギャンブル依存症等のハイリスク者対策
<ul style="list-style-type: none"> ⑦ 社会全体の自殺リスクを低下させる <ul style="list-style-type: none"> ・<u>ICT(インターネットやSNS等)の活用</u> ・<u>ひきこもり、児童虐待、性犯罪・性暴力の被害者、生活困窮者、ひとり親家庭、性的マイノリティに対する支援の充実</u> ・<u>妊産婦への支援の充実</u> ・<u>相談の多様な手段の確保、アウトリーチの強化</u> ・<u>関係機関等の連携に必要な情報共有の周知</u> ・<u>自殺対策に資する居場所づくりの推進</u>
<ul style="list-style-type: none"> ⑧ 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ <ul style="list-style-type: none"> ・<u>地域の自殺未遂者支援の拠点機能を担う医療機関の整備</u> ・医療と地域の連携推進による包括的な未遂者支援の強化 ・<u>居場所づくりとの連動による支援</u> ・<u>家族等の身近な支援者に対する支援</u>

<ul style="list-style-type: none"> ・学校、職場等での事後対応の促進
<ul style="list-style-type: none"> ⑨遺された人への支援を充実する <ul style="list-style-type: none"> ・遺族の自助グループ等の運営支援 ・学校、職場等での事後対応の促進 ・遺族等の総合的な支援ニーズに対する情報提供の推進等 ・遺族等に対応する公的機関の職員の資質の向上 ・遺児等への支援
<ul style="list-style-type: none"> ⑩民間団体との連携を強化する <ul style="list-style-type: none"> ・民間団体の人材育成に対する支援 ・地域における連携体制の確立 ・民間団体の相談事業に対する支援 ・民間団体の先駆的・試行的取組や自殺多発地域における取組に対する支援
<ul style="list-style-type: none"> ⑪子ども・若者の自殺対策を更に推進する <ul style="list-style-type: none"> ・いじめを苦にした子どもの自殺の予防 ・学生・生徒への支援充実 ・SOS の出し方に関する教育の推進 ・子どもへの支援の充実 ・若者への支援の充実 ・若者の特性に応じた支援の充実 ・知人等への支援
<ul style="list-style-type: none"> ⑫勤務問題による自殺対策を更に推進する <ul style="list-style-type: none"> ・長時間労働の是正 ・職場におけるメンタルヘルス対策の推進 ・ハラスメント防止対策

文献 7)より引用

4. 近年の自殺者数減少の要因

先述のように、わが国の自殺死亡者数は 1998 年に前年から 8,000 人以上増加して 32,863 人となって以後、3 万人を超える状況が長く続いた。そこでわが国では、自殺予防が社会の大きな関心事項となり、2006 年 6 月には自殺対策基本法が成立するとともに、2007 年 10 月には政府の自殺対策の指針である自殺総合対策大綱が定められた経緯がある。その後、自殺対策が様々取り組まれるなかで、2009 年から中高年男性を中心に自殺死亡率は減少し、2012 年には 1998 年以降で初めて自殺死亡は 3 万人を下回った。そして 2016 年に自殺死亡者数は 21,897 人となり、急増前の水準に戻っている。

竹島によれば、平成 26(2014)年版自殺対策白書では、自殺死亡率への寄与度分析が行われている。その概要は以下の通りである^{8,9)}。

- (1)1998 年以降、2006 年までは 60 歳以上と 50 歳代、2007 年以降は 60 歳以上と 30 歳代の自殺死亡率上昇への寄与が大きいが、60 歳以上の寄与の主要因は、その人口構成比の上昇である。
- (2)原因・動機別にみると、2010 年から 2012 年までの自殺死亡率低下は、主として「経済・生活問題」と「健康問題」による自殺者数の割合の低下による。特に 2012 年から 2013 年にかけては、「経済・生活問題」による自殺者数の割合の低下が自殺死亡率低下の最大要因となっている。
- (3)市区町村の人口規模別では、人口規模が小さい市区町村ほど、自殺死亡率が高い傾向がある。そして、2010 年以降の「経済・生活問題」による自殺死亡率の低下傾向の要

因として、貸金業法改正などの多重債務対策や、2011 年以降の雇用状況の改善が考えられるとしている。また、人口規模が小さい市区町村では、「健康問題」のなかで「病気の悩み(身体の病気)」が最も自殺死亡率を押し上げており、これらの市区町村においては医療サービス等の機会・質が相対的に低いことが影響しているかもしれないとしている。

他方、竹島は自殺死亡率減少の要因について、①自殺対策基本法に基づく施策の影響、②自殺対策と関連する施策の影響、③長期的変動の影響の 3 点から検討しており、以下のことが示唆されると報告している⁸⁾。

①の自殺対策基本法に基づく施策の影響については、自治体における自殺対策の取組状況調査によると、2014 年度には都道府県・政令指定都市のすべて、調査に回答した市区町村(1,721 箇所の中の 1,175 箇所)の 89.4%が自殺対策事業を実施していた。自殺対策基本法、自殺総合対策大綱、2009 年度補正予算による地域自殺対策緊急強化基金は、自殺対策の地域への普及を推し進めたことは間違いないとみている⁸⁾。

次に②の自殺対策と関連する施策の影響については、自殺死亡急増の前後からを振り返ると、介護保険法(1997 年)、児童虐待防止法(2000 年)、配偶者暴力防止法(2001 年)、ホームレス特別措置法(2002 年)、発達障害者支援法(2004 年)、がん対策基本法(2006 年)、貸金業法改正(2006 年)、アルコール健康障害対策基本法(2013 年)、生活困窮者自立支援法(2013 年)、過労死等防止対策推進法(2014 年)等の法律が成立し改正された。これらの法律の対象者は自殺リスクの高い人たちと重なり、自殺対策と重なることで、自殺死亡率の低下に寄与してきたことは十分考えられる。また、これらの法制度の整備にあわせてワンストップによる総合支援の考え方が整理されてきたのも大きいとみている⁸⁾。

最後に③の長期的変動の影響については、わが国は第 2 次世界大戦後、3 回の自殺死亡の急増期を経験している。第 1 回は 1950 年代、第 2 回は 1980 年代、そして 1998 年以降の増加期である。ここで過去 2 回の急増期が特別な対策なしに減少していったことには注意が必要である。すなわち、現在の自殺死亡率の減少には、長期的変動の影響(社会経済の影響、高齢化、コホート効果を含む)があることは否定できないとしている。

竹島は、先述の①自殺対策基本法に基づく施策の影響、②自殺対策と関連する施策の影響、③長期的変動の 3 つの要因が重なって、現在の自殺死亡率の低下が起こっていると考えるなかで、①と②の効果は、自殺死亡率が急増前の水準に戻った今こそ、それがさらに低下することを示すことによって検証されるべきであるとしている⁸⁾。

5. 名寄市の概況

参考として筆者が所属する名寄市立大学が所在する北海道名寄市の概況を表 4 に示す¹⁰⁾。名寄市の 2016 年の自殺死亡率は 27.9 となっており、全国・全道と比較してみても全国 17.0、全道 18.1 を上回っている。また、2009 年から 2013 年までは比較的、全国・全道を下回っ

て推移していたが、2014 年以降は全国・全道を上回って推移している。

表 4 北海道名寄市の自殺の概況

	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年
自殺者数	6	9	7	4	6	13	6	8
自殺率 (10 万人対)	19.4	29.4	23.2	13.4	20.3	44.0	20.6	27.9
北海道	28.1	27.1	25.4	23.1	22.2	20.7	20.1	18.1
全国	25.6	24.7	24.1	21.8	21.1	19.6	18.6	17.0

文献 10)より引用

名寄市の 2012 年から 2016 年までの 5 年間の累計自殺者 37 人について、年齢別にみると、80 歳以上が 10 人と最も多く、次いで 70 歳代が 7 人、50 歳代および 60 歳代の各 5 人と続き、自殺者の 89.2%が 40 歳以上となっている。

さらに、同地域の主な自殺の特徴として、2012 年から 2016 年の 5 年間における性別・年齢・職業・同居人の有無を指標とした上位 5 区分は表 5 の通りである。名寄市においては、性別・年齢・職業・同居人の有無による自殺者数や自殺死亡率を比較すると、自殺者が最も多い区分が、『男性 60 歳以上・無職・同居』であり、次いで『男性 40 歳～59 歳・有職・同居』『男性 60 歳以上・無職・独居』となっており、この属性情報から推奨される施策として、高齢者及び生活困窮者対策などが挙げられるとしている¹⁰⁾。

表 5 名寄市の主な自殺の特徴

上位 5 区分	自殺者数 5 年計 (2012～2016 年)	割合	背景にある主な自殺の危機経路
1 位:男性 60 歳以上無職同居	10	27.0%	失業(退職)→生活苦+介護の悩み(疲れ)+身体疾患→自殺
2 位:男性 40～59 歳有職同居	5	13.5%	配置転換→過労→職場の人間関係の悩み+仕事の失敗→うつ状態→自殺
3 位:男性 60 歳以上無職独居	4	10.8%	失業(退職)+死別・離別→うつ状態→将来生活への悲観→自殺
4 位:女性 60 歳以上無職同居	4	10.8%	身体疾患→病苦→うつ状態→自殺
5 位:男性 60 歳以上有職同居	3	8.1%	①【労働者】身体疾患+介護疲れ→アルコール依存→うつ状態→自殺 ②【自営業者】事業不振→借金+介護疲れ→うつ状態→自殺

文献 9)より引用

III 若年層の自殺とその支援

1. 概況

先述のように、2018 年中の自殺者においては、小学生：7 人、中学生：124 人、高校生 238 人、大学生 336 人、専修学校生等 107 人が報告されている⁴⁾。自殺総合対策大綱では、重点施策のひとつとして、「子ども・若者の自殺対策の更なる推進」が掲げられており、そのなかでは、現状や背景について「わが国の自殺死亡率は、近年、全体としては低下傾向に

あるものの、20歳未満は平成10年以降おおむね横ばいであり、20歳代や30歳代は他の年代に比べてピーク時からの減少率が低い。また、若年層の死因に占める自殺の割合は高く、若年層の自殺対策が課題となっている」としている。「さらに、2016(平成28)年4月自殺対策基本法の改正により、学校におけるSOSの出し方に関する教育の推進が盛り込まれたことから、特に若者の自殺対策を更に推進する」「支援を必要とする若者が漏れないよう、その範囲を広くとることは重要であるが、ライフステージ(学校の各段階)や立場(学校や社会とのつながりの有無等)ごとに置かれている状況は異なっており、自殺に追い込まれている事情も異なっていることから、それぞれの集団の置かれている状況に沿った施策を実施することが必要である」としている⁷⁾。

以上について、たとえば、次のような行政の取り組みの方向性が記されている。「児童生徒と日々接している学級担任、養護教諭等の教職員や、学生相談に関わる大学等の教職員に対し、SOSの出し方を教えるだけではなく、子どもが出したSOSについて、周囲の大人が気づく感度をいかに高め、また、どのように受け止めるかなどについて普及啓発を実施するため、研修に資する教材の作成・配布などにより取組の支援を行う」「自殺者の遺児等に対するケアも含め教育相談を担当する教職員の資質向上のための研修等を実施する。また、自殺念慮の割合等が高いことが指摘されている性的マイノリティについて、無理解や偏見等がその背景にある社会的要因の一つであると捉えて、教職員の理解を促進する【文部科学省】」「保健室やカウンセリングルームなどをより開かれた場として、養護教諭等の行う健康相談を推進するとともに、スクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカー等の配置、及び常勤化に向けた取組を進めるなど学校における相談体制の充実を図る。また、これらの教職員の資質向上のための研修を行う。さらに、大学等においては、学生の心の問題・成長支援に関する課題やニーズへの理解を深め、心の悩みを抱える学生等を必要な支援につなぐための教職員向けの取組の推進を図る【文部科学省】」「学校と地域が連携して、児童生徒がSOSを出したときにそれを受け止めることのできる身近な大人を地域に増やすための取組を推進する【文部科学省】」「思春期・青年期において精神的問題を抱える者、自傷行為を繰り返す者や過去のいじめや被虐待経験などにより深刻な生きづらさを抱える者については、とりわけ若者の職業的自立の困難さや生活困窮などの生活状況等の環境的な要因も十分に配慮しつつ、地域の救急医療機関、精神保健福祉センター、保健所、教育機関等を含めた保健・医療・福祉・教育・労働・法律等の関係機関・関係団体のネットワークの構築により適切な医療機関や相談機関を利用できるよう支援する等、要支援者の早期発見、早期介入のための取組を推進する【厚生労働省】」⁷⁾。

さらには、「若者の特性に応じた支援の充実」として、「若者は、自発的には相談や支援につながりにくい傾向がある一方で、インターネットやSNS上で自殺をほのめかしたり、自殺の手段等を検索したりする傾向もあると言われている。そのため、自宅への訪問や街頭での声がけ活動だけではなく、ICTも活用した若者へのアウトリーチ策を強化する【厚生労働省】」「支援を必要としている人が簡単に適切な支援策に係る情報を得ることができるよう

にするため、インターネット(スマートフォン、携帯電話等を含む)を活用した検索の仕組みなど、支援策情報の集約、提供を強化する【厚生労働省】」「若年層の自殺対策が課題となっていることを踏まえ、若者の自殺や生きづらさに関する支援一体型の調査を支援する【厚生労働省】」なども示されている⁷⁾。

今日の若年層の自殺者数の多さを考えれば、すべてに取り組むことは必須であるが、加えて、本人だけでなく、「知人等への支援」の項目も大綱には記載されていることは特筆に値する。すなわち、「若者は、支援機関の相談窓口ではなく、個人的なつながりで、友人等の身近な者に相談する傾向があると言われている。また、悩みを打ち明けられ、相談を受けた身近な者が、対応に苦慮して自らも追い詰められているという事案(いわゆる「共倒れ」)も発生していると言われている。そのため、民間団体の活動に従事する人や、悩みを抱える者を支援する家族や知人等を含めた支援者も含む自殺対策従事者について、相談者が自殺既遂に至った場合も含めて心の健康を維持するための仕組みづくりを推進するとともに、心の健康に関する知見をいかした支援方法の普及を図る【厚生労働省】」というものである。

筆者の医療機関精神科の勤務経験からの提言であるが、殊に 10 代後半、20 代前半においては、何らかのメンタルヘルス上の課題にぶつかった際に、家族への支援要請を頑なに拒否する例がみられる。それは直面している課題が家族に原因があることもあるが、一方で、「家族に迷惑をかけたくない」など親への思いやりに起因する例もみられる。このような場合、本人の自己決定や意思を主軸に介入を開始すると、親への支援要請が遅くなり、後者では、親が本人の支援を行うのに十分な資質があるにも関わらず介入が遅くなり、さらに状況は悪化するという例もみられる。高校や大学などの教育機関が迅速に本人に状況、家族との関係性を判断し、どのような機関につなげていくかを判断するには一定の困難がともなうことは明白であり、精神保健福祉士資格をもつソーシャルワーカーなど本人と環境の関係性について検討できる専門職が早期に本人への面談・アセスメントを行う仕組みづくりが求められよう。

2. 大学における学生の自殺予防

内田は、21 年間分の国立大学学生で死亡した者の死因について検討している¹¹⁾。調査対象期間の在籍学生数は 7,350,496 人で、死亡者数は 2,706 人、そのうち自殺者は 987 人であった。検討の結果、特徴としては、自殺率について、性別では「男子」が有意に高く、性別と専攻では「医学部男子と文系男子、歯学部男子」が有意に高く、学年では、4 年制文系理系では、「4 年生と 5 年生以上」が有意に高く、6 年制医学部では「7 年生以上」が有意に高かったことが報告されている。最終年度と留年生が自殺のリスクが高い集団として注意を要するとし、一方で保健管理センターが自殺学生に関与したのは 19%と少なかったとしている。対策として、①メンタルヘルスサービスの周知、②保健管理センターを学生が行きやすい場所につくる、③自殺の危険、精神疾患についての危険、サイコエデュケーションの実施、④最終学年での自殺率の高さを踏まえ、3 年生の終わり、4 年生の初めに講演などの

教育機会をつくることをあげている¹¹⁾。

また、山本らは、大学保健管理センターで学生相談を担う立場から、「自殺を防ぐための具体的対応」を示しており、最前線で学生の自殺予防に取り組む立場からの貴重な提言・知見である¹²⁾。少々長くなるが殊に多くの教育機関において参考になると思われる部分を引用する。

①常日頃から心がけておくこと¹²⁾

学生の自殺を防ぐために最も重要なことは、学生が「死にたい」とは全く考えていないときの、つまり、学生が普通に元気であるときの教職員の対応である。学生が「死にたい」と思いにくいような環境、「死にたい」と思ったときに誰かに相談してみようと思えるような環境を、常日頃からつくっておくことが重要である。

・礼儀正しく接する

・誠実に相対する

・学生の話真剣に聞き、学生的心情を理解しようとする。

何事もない普段から、いつでもどこでもこの姿勢を示し続けておくことが、いざというときに学生の足をその教職員のもとに向かわせる。

・学生を注意したり叱ったりするときは、冷静に、慎重に、丁寧に、思いやりをもって行う

・教職員のひとりひとりが学生相談の窓口であるという認識を持つ

学生相談というのは専門職員や学生相談室や保健管理センターの職員だけが行うものではなく、大学の教職員みなで行うものである。相談というのは人と人とが普通に行う普通の活動である。私たちは、親に相談し、友達に相談し、先輩に相談し、後輩に相談し、隣人に相談するのである。相談活動のごく一部分を専門家と呼ばれる人々が担っているに過ぎない。

・ひとりで頑張り過ぎないで、みんなで一緒に学生の世話をする

・ひとりで専門家のところに行かせない

学生の悩みを聞いて、専門家の助力がほしい、あるいは、自分の手に負えないので専門家に委ねたいと思ったとき、「専門家のところに行きなさい」と言うと、学生は「自分はこの人にとりあってもらえなかった」「自分はこの人に放り出された」と思うので、そういうときは付き添って一緒に行ってあげるか、あるいは、専門家の方に出向いてもらうようお願いする。私(著者)は基本的には後者の対応を常とする。やっとの思いで教職員の元に辿り着いた学生を更に別のところに連れてゆくのは酷である。

・誰にも言わないでほしいと言われたら

こっそりと専門家に相談する。秘密は守らないといけない、でも、自分ひとりではどうしていいかわからない。そういうときは、こっそりと秘密で専門家に相談する。誰にも言わないでほしいと相手から懇願されたとしても、冷静に考えてみて自分ひとりの手に負えないと思うときは、適切な助けを求めるのが、本当に相手を大切にすることである。

②学生が「死にたい」と訴えてきたら¹²⁾

・真剣にじっくりと話を聞いてあげる

・自分はその学生に選ばれて相談されているんだと自覚する。

この人のまわりにいる大勢の人の中から、自分という人間が選ばれて、今、相談をもちかけられているんだ、自分が最後の頼みの綱かもしれないんだという自覚をもたねばならない。

・学生を批判したり、当たり障りのない励ましを言ったり、世間一般の常識を押し付けたりしない

・何故に「死にたい」と言うのか、その人なりの事情をちゃんと理解してあげる。

・学内の専門家に相談しながら対応してゆく

死にたい思いを打ち明けられた人は、まず相手の話をしっかりと聞いてあげる必要があるが、それは決して、自分ひとりですべてを背負い込まねばならないとか、自分ひとりで何とかしてあげなければならないということではない。専門家と一緒に力を合わせてその学生の命を救うための働きかけをしてゆく。

③学内の専門家に連絡をとり助力を求める¹²⁾

・緊急事態の場合はすぐに専門家の応援を要請する

その学生が今にも自殺に及ぶ危険が高いと思われる場合には、学生の話聞いたあとで、学生をその場に保護し、すみやかに専門家に応援を依頼する。その際、学生同席の場から電話して応援に来てもらってもよいし、それが難しい状況であれば、他の人に連絡をとってもらうようお願いする。学生を連れて専門家のいるところに出向くという方法は緊急事態の場合はできるだけとらないほうがよいと思う。と言うのは、連れて行く途中で突発的に自殺行動に及ぶ可能性があるからである。もし、やむを得ず連れてゆく場合には、学生と二人ではなく、複数の人に応援を頼んで皆で連れてゆく。たとえば、車を使う場合には、運転者と後部座席で両側から付き添う人が二人、つまり三名は必要である。自殺未遂が起きた場合や実際に自殺が起きた場合には、すぐに消防署や警察に連絡をとると共に、学内の専門家にも来てもらう。そしてその本人のことだけでなく、周囲の人々(同級生、先輩や後輩、友人、教職員、家族)の心理的なケアの相談にのってもらう。

・緊急事態でない場合でもその日のうちに専門家に相談する

④保護者に連絡をとり助力を求める¹²⁾

郷里を離れ一人暮らしをしている学生の場合、「家族」というサポートシステムから離れているという問題がある。家族というのは個人にとって最も強力なサポーターである。自殺という危機的状況に直面している学生を安全に保護して適切に対応してゆくためには家族の協力は欠かせないので、保護者には必ず連絡をとることが必要である。ただし、我が子の

自殺の危機という事態を知らされれば、どの保護者も非常に不安になり混乱するので、保護者の心情にも十分配慮しながら応援を求める必要がある。

⑤実家に帰省し療養している学生やその保護者に対して¹²⁾

自殺未遂の後、実家に帰省して療養している学生やその保護者とも、押し付けがましくない程度の距離をとりながら連絡を取り合うことが必要である。実家に帰ったから安心である、入院したから安心であるという油断が、取り返しのつかない事態を招くことがある。

⑥卒業や退学で大学を離れてゆく学生・保護者に対して¹²⁾

「死にたい」という思いを何とか心に治め大学を巣立ってゆく、あるいは、卒業することなく大学を離れてゆく学生やその保護者に対しては、「ここを離れても、私たちの縁が消えてなくなるわけではありませんから、何か困ったことがあれば、いつでも連絡してくださいね」という言葉を添えて送り出してあげる。たとえもう再び会うことがなくとも、その言葉を静かな支えにして暮らしてゆく人も多い。季節の便りを出してあげることは小さいけれども息の長い支えとして機能しうるし、手紙や電話、メールには必ず、そして出来るだけ早く返事をかえしてあげることは、「あなたのことをちゃんと覚えていますよ」「あなたのことを大切にしていますよ」という思いを相手に届けてあげることになり、ときに、それが相手の命を救うことになることもあるだろう。

⑦守秘の問題¹²⁾

対人援助においては秘密保持ということは大切であるが、人の生き死にというような重大な問題の場合は、個人カウンセリングのような来談者と相談者という一対一の人間関係での守秘という枠組みではなく、本人を含めた関係者全員(保護者、担当教官、専門家など)で秘密を共有し守るという枠組みを最初から作るようにしたほうがよい。自殺を考えている学生から「他の人には言わないでほしい」と頼まれてその言いなりになることは不誠実で無責任である。その学生のことを真に救いたいのであれば、本人を丁寧に説得して他の人への助力を適切に求める必要があるし、本人が頑なに首を横に振り続ける場合には、秘密裏に本人を支えるサポート体制を作り上げねばならない。

ここまで諸家の知見を概観したが、可能なことから実践することが大学生の自殺予防に必ずつながるはずである。殊に、専門スタッフの配置は喫緊の課題であり、医師や看護師はもとより、人と環境の交互作用の視点から当事者をアセスメントし、生活モデルの視点から生活支援を展開できる精神保健福祉士などの配置が奏功すると推測できる。

一方で、大学における学生の自殺予防には教職員の関わりも欠くことはできないが、近年の忙しすぎる大学教職員の実情も気にかかる。そもそもの人員削減に加え、教員では、講義

やゼミ、委員会や会議、地域の学識経験者としての役割などの増大を考えると、学生ひとりひとりに関わっていく時間数は自ずと減る。今あらためて、その忙しさは誰のためのものなのかと問いながら、目的を持った業務改善を進めねばならない。

さらには、教職員のメンタルヘルスの問題もある。文部科学省は、精神疾患により休職している小中高校の教職員について、「メンタル不調を訴えて受診する方の多くが生徒指導に関してストレスを感じている。続いて同僚・管理職との人間関係が多い。生徒指導でストレスを感じた教員が保護者対応でストレスを感じるケースが多い。保護者対応は、20 歳台、30 歳台がストレス要因として挙げる割合が多く、40 歳台は少ない」「教員は、対人援助職であるために、終わりが見えにくく、目に見える結果が見えない場合が多い。周りからの評価、フィードバックが得られないと燃え尽きてしまうことがある」「学校では、規模にかかわらず、一人の教職員が多くの分掌を担当しなければならず、業務量が多いほか、様々な研修会・研究会にも時間を割いている。休日の部活動指導等もある。生徒指導対応や保護者の方の対応等が突発的に入ることもある。企業等のように、経理、企画、営業等の仕事を役割に応じて明確に分担しているのとは異なる状況がある」などと分析をしており、これらは、大学教職員にもあてはまることであろう。ちなみに、多忙をきわめる教職員のメンタルヘルスにも配慮しなければならないことは申し添える。

IV 自殺対策に対する提言

2016 年に実施された「日本財団自殺意識調査 2016」¹³⁾では、4 人に 1 人(25.4%)が「これまでの人生のなかで、本気で自殺したいと考えたことがある」と回答し、3.4%が、過去 1 年以内に自殺念慮を抱いていたと回答している。平均に比して若年世代は高い水準であり、20 代は 34.9%、30 代は 34.2%となっており、これらは、内閣府が実施した「自殺対策に関する意識調査(平成 20 年、23 年度)」と比較しても同水準となっている^{14,15)}。なお 2016(平成 28)年の調査では、20 代で 23.0%(無回答 10.4%)、30 代で 28.7%(無回答 8.2%)となっており、減少しているようにも見えるが、調査実施者が「回答を負担に思う対象者がいることが想定されるためその場合は回答しなくても良い旨を伝えている」としているため無回答者にも自殺念慮を抱いた経験がある者が含まれている可能性はある¹⁶⁾。

自殺念慮を抱いた人の 66.0%が 2 つ以上の原因を抱えていた¹³⁾。自殺念慮を抱いた原因を質問したところ(選択肢から最大 3 つを選択する形式)、男性では「勤務問題(転勤、仕事の不振、職場の人間関係、長時間労働等)」(44.0%)、「経済生活問題(倒産、事業不振、負債、失業等)」(40.0%)、「健康問題(自分の病気の悩み、身体の悩み等)」(39.6%)、「家庭問題(家族関係の不和、子育て、家族の介護・看病等)」(37.5%)、女性では「家庭問題(家族関係の不和、子育て、家族の介護・看病等)」(55.4%)、「健康問題(自分の病気の悩み、身体の悩み等)」(37.6%)、「学校問題(いじめ、学業不振、教師との人間関係等)」(29.7%)、「男女問題(失恋、結婚をめぐる悩み等)」(28.2%)の順で多かった。原因として最も多く挙げられた女性の「家庭問題」および男性の「勤務問題」と、他の原因の組み合わせを調べたところ、女性は(1 位)

「家庭問題」×(2位)「健康問題」×(3位)「経済生活問題」の組み合わせの割合が最も高く、男性では(1位)「勤務問題」×(2位)「経済生活問題」×(3位)「健康問題」の組み合わせの割合が最も高かった。

以上の結果をみれば、自殺念慮や自殺未遂を経験した人の多くが複数の問題を抱えていることから、対策や支援に取り組む関係者が様々な垣根を超えて連携して自殺対策に取り組むことが重要であることがあらためて指摘された^{8,13)}。さらに、自殺念慮・自殺未遂のハイリスクグループとして、「失業」「女性」「配偶者との死別・離別・別居」「家族と同居」「他者に頼ることができず人間は理解・共感できないと思っている人」「死に対する恐怖感が低い」「生を全うする意思が弱い人」「理想と現実の幸福感のギャップが大きい人」があげられているが、既遂者の状況と一部異なっていることが自殺予防の難しさを表している。

先述の調査を追跡調査した『日本財団第3回自殺意識調査』¹⁷⁾報告書によれば、若年層(18~22歳)の意識について、①『『いざという時に何もしてくれない』『正直者がバカを見る』『希望が持てない』など日本社会に対するイメージが悲観的』、②『『自殺は個人の問題』ではないと考えている一方で、『自殺はしてはいけない』とは考えていない』、③『『自己有用感』が低い』、④「若年層の自殺念慮・未遂の最大原因としてそれぞれ4人に1人がいじめと回答している」、⑤『『不登校』経験も若年層の自殺念慮・未遂に強く関連している』、⑥「若年層の6割近くがカウンセラーなど心理専門職への相談にレッテル貼りを恐れ、抵抗感がある」、⑦「若年層の主要な相談相手は両親・祖父母、友人、恋人」、⑧「孤独を感じたときは、積極的に知った相手と接触を図ることが自殺リスクの低減につながる」ことが報告されている¹⁴⁾。

自殺念慮が最も高い世代であり、社会に絶望を感じながら、自殺が悪いとは考えておらず、自己有用感が低いまま、これまでの人生で遭遇したいじめなどのつらい経験を抱えながら、レッテル貼りを警戒して専門職に相談することをあえてせず、知った仲によるサポートでギリギリ暮らしている者を前に、われわれは何を考え、何を伝え、何を聞き出していけばよいものか、誠実な議論が望まれる。少なくとも、若年世代の自殺は“自然減”を期待できる状態にはないことは重ねて申し上げておく。

最後になるが、本学が所在する名寄市には、行政(市役所)があり、精神科を擁する市立病院があり、多数の研究者が在籍する大学がある。まさに、自殺予防について、政策づくり、サービス・資源づくり、そもそもの土壌調査ができ得る状況にある。これらが協働することにより自殺対策に関わる「名寄モデル」を創出することは本市全体の使命であると思慮される。そして、その過程では、人口28,000人規模の市であり、顔が見える関係を重視して、抽象的なものではなく具体的なターゲットを定めた対応策の検討を行っていく必要がある。筆者はこれまで自殺対策に関わり出会った地域住民との対話のなかで、地域には、孤立死や自殺を案じ、地道に声掛けを行っている住民がたくさんいる一方で、これらの人々が「私がこれをやっていいのかと不安になる」と言っている声を聞いてきた。このような住民の諸活動を支援することも行政や専門職の重要な役割である。余計な世話焼きを排除する向きも

あるが、地域理解の深い住民の力を借りながら、懸命に活動している住民を「出しゃばり」と排除せず、むしろ称えるくらいの意識で臨むことが求められよう。

引用・参考文献

- 1)松浦智和：精神保健(メンタルヘルス)．精神保健福祉学の重要な概念・用語の表記のあり方に関する調査研究平成 29 年度報告書，日本精神保健福祉学会，2018.
- 2)松浦智和：5 疾病 5 事業．精神保健福祉学の重要な概念・用語の表記のあり方に関する調査研究平成 29 年度報告書，日本精神保健福祉学会，2018.
- 3)厚生労働省：令和元年版自殺対策白書，厚生労働省，2019.
- 4)厚生労働省，警察庁：平成 30 年中における自殺の状況，厚生労働省，警察庁，2019.
- 5)日本精神神経学会精神保健に関する委員会：日常臨床における自殺予防の手引き(平成 25 年 3 月版)．日本精神神経学会，2013.
- 6)Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. : Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry. 4:4-37, 2004.
- 7)厚生労働省：自殺総合対策大綱，誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して．厚生労働省，2017.
- 8)竹島正：自殺対策の経緯とこれから．予防精神医学，2(1)：40-47．2017.
- 9)内閣府：平成 26 年版自殺対策白書，内閣府，2014.
- 10)名寄市：名寄市生きるを支える自殺対策計画，誰も自殺に追い込まれることのない名寄市を目指して．名寄市，2019.
- 11)内田千代子：21 年間の調査からみた大学生の自殺の特徴と危険因子，予防への手がかりを探る．精神神経学雑誌，112(6)：534-560，2010.
- 12)山本大介，猪野郁子：学生の自殺を防ぐために．島根大学教育学部紀要(教育科学)，37：11-15，2003.
- 13)日本財団：日本財団自殺意識調査 2016 報告書．日本財団，2016.
- 14)内閣府：平成 20 年度自殺対策に関する意識調査．内閣府，2008.
- 15)内閣府：平成 23 年度自殺対策に関する意識調査．内閣府，2011.
- 16)厚生労働省：平成 28 年度自殺対策に関する意識調査．厚生労働省，2016.
- 17)日本財団：日本財団自殺意識調査 2019 報告書．日本財団，2019.